

## MISSOURI DIVISION OF HEALTH - STANDARD CERTIFICATE OF DEATH

DEPARTMENT OF PUBLIC HEALTH AND WELFARE

0048873

DATE FILE NUMBER

DO NOT WRITE  
ON THIS STUB

AMENDED

Registration District No. 149

Primary Registration District No. 1002

Registrar's No. 6879

VS 300  
Rev. 4/59

DATE AMENDED

AMENDMENTS ON THIS RECORD ARE AS FOLLOWS

INSTEAD OF

SHOULD READ

ITEM NO.

DOCUMENT

MEDICAL CERTIFICATION

BY AFFIDAVIT OF

Leinhardt

R.

B.

C.

D.

E.

F.

G.

H.

I.

J.

K.

L.

M.

N.

O.

P.

Q.

R.

S.

T.

U.

V.

W.

X.

Y.

Z.

A.

B.

C.

D.

E.

F.

G.

H.

I.

J.

K.

L.

M.

N.

O.

P.

Q.

R.

S.

T.

U.

V.

W.

X.

Y.

Z.

A.

B.

C.

D.

E.

F.

G.

H.

I.

J.

K.

L.

M.

N.

O.

P.

Q.

R.

S.

T.

U.

V.

W.

X.

Y.

Z.

A.

B.

C.

D.

E.

F.

G.

H.

I.

J.

K.

L.

M.

N.

O.

P.

Q.

R.

S.

T.

U.

V.

W.

X.

Y.

Z.

A.

B.

C.

D.

E.

F.

G.

H.

I.

J.

K.

L.

M.

N.

O.

P.

Q.

R.

S.

T.

U.

V.

W.

X.

Y.

Z.

A.

B.

C.

D.

E.

F.

G.

H.

I.

J.

K.

L.

M.

N.

O.

P.

Q.

R.

S.

T.

U.

V.

W.

X.

Y.

Z.

A.

B.

C.

D.

E.

F.

G.

H.

I.

J.

K.

L.

M.

N.

O.

P.

Q.

R.

S.

T.

U.

V.

W.

X.

Y.

Z.

A.

B.

C.

D.

E.

F.

G.

H.

I.

J.

K.

L.

M.

N.

O.

P.

Q.

R.

S.

T.

U.

V.

W.

X.

Y.

Z.

A.

B.

C.

D.

E.

F.

G.

H.

I.

J.

K.

L.

M.

N.

O.

P.

Q.

R.

S.

T.

U.

V.

W.

X.

Y.

Z.

A.

B.

C.

D.

E.

F.

G.

H.

I.

J.

K.

L.

M.

N.

O.

P.

Q.

R.

S.

T.

U.

V.

W.

X.

Y.

Z.

A.

B.

C.

D.

E.

F.

G.

H.

I.

J.

K.

L.

M.

N.

O.

P.

Q.

R.

S.

T.

U.

V.

W.

X.

Y.

Z.

A.

B.

C.

D.

E.

F.

G.

H.

I.

J.

K.

L.

M.

N.

O.

P.

Q.

R.

S.

T.

U.

V.

W.

X.

Y.

Z.

A.

B.

C.

D.

E.

F.

G.

H.

I.

J.

K.

L.

M.

N.

O.

P.

Q.

R.

S.

T.

U.

V.

W.

X.

Y.

Z.

A.

B.

C.

D.

E.

F.

G.

H.

I.

J.

K.

L.

M.

N.

O.

P.

Q.

Spec. Embalmer  
Dr. Phillips  
Dr. S. S. S. S.  
6900 Transp. St.  
AFTER 3:00 PM MONDAY

0-4-0

# STATEMENT BY LICENSED EMBALMER

I hereby certify that the body whose name is recorded on the reverse side of this certificate was embalmed by me,  
or by \_\_\_\_\_, Student Embalmer No. \_\_\_\_\_  
working under my personal supervision.

Student \_\_\_\_\_

Signature of Student Embalmer

Signed

R. E. Nichols

Licensed Embalmer No. 4997

P. O. Address K. E. Mo.

Note: The above MUST BE SIGNED BY THE LICENSED EMBALMER in his OWN HANDWRITING. (Failure to comply with the above constitutes grounds for revocation of license).

If embalmed by a STUDENT, he also shall sign in his OWN handwriting.

If this body is not embalmed, fact should be so stated above.